



هذا التقرير هو شهر

تقرير التأهيل / الوضع الفصلي

للحصول على إعانة مالية، كوبونات طعام وبرنامج الولاية CMS

قم بتكميله وتوجيه وإعادة هذا التقرير قبل اليوم الخامس من الشهر الذي يلي شهر تقديمها.

هل تحتاج للمساعدة؟ اتصل بالموظف المسؤول عن قضيتك؟

اسم الموظف:

رقم هاتف الموظف:

الرمز الشرطي:

طلب إيقاف المنافع (إذا أكملت هذا الجزء، قم بالتوقيع ووضع التاريخ على ظهر هذا النموذج. يمكنك التقدم بطلب جديد في أي وقت كان).

الشهر/السنة

إني أطلب إيقاف الإعانة المالية كوبونات الطعام برنامج الولاية CMS Medi-Cal في آخر يوم من :**الجزء 1 : ماذا حدث في شهر التقرير؟** لا نعم

الدخل الإجمالي	المصدر	من حصل على الدخل؟
تاريخ الاستسلام		
عدد ساعات العمل أو التدريب		
المبلغ الإجمالي		من حصل على الدخل؟
تاريخ الاستسلام		
عدد ساعات العمل أو التدريب		
المبلغ الإجمالي		من حصل على الدخل؟
تاريخ الاستسلام		
عدد ساعات العمل أو التدريب		

1. هل حصل أي شخص على دخل من عمل أو تدريب أو أي مصدر آخر؟
إذا كان الجواب «نعم»، يرجى سرد كافة أنواع الدخل أدناه وأرفق أرومة الشيك أو أي إثبات آخر. (راجع تعليمات أمثلة الدخل)

الرعاية	اسم الشخص الذي حصل على الرعاية	النفقة	النفقة	النفقة
دولار	اسم الشخص الذي حصل على الرعاية	دولار	دولار	دولار
دولار	اسم الشخص الذي دفع مبلغ المساعدة	دولار	دولار	دولار

2. هل دفع أي شخص لرعاية طفل أو شخص معاق أو أي شخص معانٍ معيلاً آخر أثناء العمل أو البحث عن عمل أو الدوام في مدرسة أو التدريب؟
إذا كان الجواب «نعم»، يرجى سرد كافة التكاليف أدناه وإرفاق إثبات عن ذلك.

النفقة	النفقة	النفقة	النفقة
دولار	النفقة	النفقة	النفقة
دولار	النفقة	النفقة	النفقة

الجزء 2 : ماذا حدث منذ آخر تقرير فصلي يخصك؟3. هل انتقل أي شخص إلى أو من منزلك أو هل انتقلت للسكن مع شخص آخر؟
إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكميلة البيانات أدناه:

النفقة	النفقة	النفقة	النفقة
النفقة	النفقة	النفقة	النفقة
النفقة	النفقة	النفقة	النفقة

4. هل انتقل أي شخص إلى أو من منزلك أو هل انتقلت للسكن مع شخص آخر؟
إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكميلة البيانات أدناه:

النفقة	النفقة	النفقة	النفقة
النفقة	النفقة	النفقة	النفقة
النفقة	النفقة	النفقة	النفقة

5. هل اشتري أي شخص أو باع أو تاجر أو وهب أي ملك؟
(راجع تعليمات أمثلة الملك)

النفقة	النفقة	النفقة	النفقة
النفقة	النفقة	النفقة	النفقة
النفقة	النفقة	النفقة	النفقة

6. هل صدر حكم ضد أي فرد من أفراد أسرتك بسبب جنائية تتعلق بحيازة أو استعمال أو توزيع المخدرات أو المواد الممنوعة، أو هل أي من أفراد الأسرة يتوجب أو يتهرب من القانون لتحاشي المقابلة الجنائية أو الوصاية أو السجن بعد الإدانة أو مخالفة شروط إطلاق السراح المشروط؟ في حالة الحكم بجنائية تتعلق بالمخدرات، ذكر تاريخ صدور الحكم.

نعم لا

تاريخ صدور الحكم

إذا كان الجواب نعم، من؟

نعم لا

7. هل حدث أي من التالي لفرد في أسرتك؟

إذا كان الجواب «نعم»، يرجى سردها أدناه وإرفاق إثبات عن ذلك.

- تزوج، طلق أو انفصل عن الزوج الآخر؟

- أصبح معاضاً أو شفي من إعاقه؟

- أصبحت حامل أو أنجبت طفلأ أو أحضرت؟

- حصل أو أوقف أو غير تأمين صحي أو أسنان أو حياة، بما فيه تأمين MEDICARE؟

- حدث تغيير في الجنسية أو وضع المحصول على بطاقة أو نموذج أو رسالة جديدة من INS؟

- تلميذ/للميذة في سن 16 سنة أو أكبر باشر أو توقف عن المدرسة أو الكلية. يمكنك اقتطاع تكاليف قسط الدراسة والمواصلات من والي المدرسة، الخ.

- بدأ أو توقف عن العمل، رفض التدريب للعمل، ارتفعت أو انخفضت ساعات عمله أو تدريبيه، أو اشتراك في أضراب؟

- بدأ أو توقف عن الحصول على خدمات مساندة في المنزل؟

• **للإعاثات المالية فقط:** طفل/أطفال أعمارهم تتراوح من 6 - 17 سنة توقف أو بدأ الدوام على المدرسة بانتظام؟

اسم الشخص/الأشخاص	علاقة الشخص بك	ماذا حدث؟	المبلغ	تاريخ التغيير
			دولار	
			دولار	

الجزء 3: ما هي التغييرات التي تتوقعها خلال الأشهر الثلاث القادمة؟

لا نعم

8. هل تتوقع حدوث أي تغييرات في الدخل أو النفقات (باستثناء تكاليف السكن والمنافع العامة) خلال الأشهر الثلاث المقبلة؟

إذا كان الجواب «نعم»، يرجى سردها أدناه وإرفاق إثبات عن ذلك. (راجع تعليمات أمثلة الدخل والنفقات)

اسم الشخص	مصدر الدخل أو نوع النفقات	لماذا سوف تغير؟	ماذا تتوقع أن يكون المبلغ الإجمالي لكل من الأشهر الـ 3 المقبلة؟	شهر 3	شهر 2	شهر 1

تغيير العنوان

قم بتكميلة هذا الجزء فقط إذا انتقلت من مكان سكنك أو إذا أصبح لديك عنوان بريدي جديد.

عنوان المنزل الجديد

الرقم	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	()	رقم الهاتف الجديد

العنوان البريدي الجديد (إذا اختلف عن عنوان المنزل)

الرقم

الرقم	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	تاريخ الانتقال

هل ارتفعت تكاليف سكنك أو منافقك العامة بسبب انتقالك هذا؟

اشرح

تصديق

أني أفهم أن: إذا لم أقم عمداً بالإبلاغ عن كافة الوقائع أو إذا أعطيت وقائع خاطئة عن دخلي أو أملاكي أو أسرتي لحصولي أو استمرار حصولي على الإعانة أو المنافع، يمكن مقاضاتي قانونياً. وقد يمكن اتهامي باقتراف جرم إذا دفع لي خطأً مبلغ يزيد عن 400 دولار بشكل مساعدات مالية أو كوبونات طعام و/أو خدمات طبية بموجب برنامج الولاية CMS. لقد استلمت نسخة عن التعليمات والعقوبات المتعلقة بتقرير الأهلية/الوضع الفضلي للحصول على إعاثات مالية. كوبونات طعام وخدمات طبية بموجب برنامج الولاية CMS.

عليك توقيع ذكر التاريخ على التقرير الفضلي والا سوف يعتبر بأنه غير مكتمل.

أعلن مع الخصوص لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن الواقع الوارد في هذا البيان هي حقيقة وصحيحة وكاملة لشهر التقرير الكامل.

للالإعاثات المالية: أنت وزوجك/زوجتك الحاصل/الحاصلة على الإعانة أولي الأمر الآخر (الطفل حاصل على الإعانة) إذا كان قاطناً في المنزل.	من عليه التوقيع على النموذج أدناه:
ل Kobonatat Al-Talabat: Rass Al-Ashrafiya, Aw Wasbihi fi Al-Ashrafiya, Aw Mithil Muqawis fi Al-Ashrafiya.	
لـ CMS: أنت، زوجك/زوجتك أو الشخص الذي يقوم مقام المستفيد.	

التاريخ التوقيع	توقيع الشاهد على التوقيع أو المترجم أو الشخص الآخر الذي قام بتكميلة هذا النموذج	التاريخ التوقيع	رقم المنزل	رقم الشخص الذي يمكن الاتصال به	التوقيع أو العلامة
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____